

SOLICITUD DE BENEFICIO POR MUERTE

(LEY NÚM. 447 DE 15 DE MAYO DE 1951)



☐ Muerte Ocupacional ☐ Muerte No Ocupacional ☒ Solicitud Inicial ☐ Solicitud de Revisión

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE O PENSIONADO FALLECIDO

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Seguro Social	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estatus del Fallecido: <input type="checkbox"/> Participante <input checked="" type="checkbox"/> Pensionado		Fecha de Defunción (Día-Mes-Año) 11 dic 2016				
Causa de la Defunción: <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio		Dirección a la Fecha de la Defunción			
Lugar donde falleció San Juan		Especifique		Urbanización, Condominio o Barrio			
Tiene Relación la Muerte con el Empleo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tiene Caso con el Fondo del Seguro del Estado: (De ser afirmativo debe venir acompañado con la decisión final del Fondo). <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No		P O Box, Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contrato			
Información Empleado Activo: Fondo Seg Estado		Última Agencia Donde Prestó Servicios		Pueblo, País y Código Postal			
Núm. de Caso:		Tipo de Pensión (Si Aplica):		<input checked="" type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Mérito <input type="checkbox"/> Incapacidad			
		Último Sueldo Mensual					

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre e Inicial		Nacimiento (Día-Mes-Año)	
Seguro Social		Teléfono Residencial		Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	
Relación con el Participante o Pensionado Fallecido:		<input checked="" type="checkbox"/> Heredero		<input type="checkbox"/> Administrador		Otro:	
Correo electrónico:		Dirección Postal		Dirección Residencial			

Urbanización, Condominio o Barrio		Urbanización, Condominio o Barrio	
P O Box, Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Ruta Rural o Ruta Contrato		Núm. y Calle, Edificio y Apartamento, Carretera y Kilómetro	
Pueblo, País y Código Postal		Pueblo, País y Código Postal	

SECCIÓN III: DETALLES DE PRÉSTAMOS VIGENTES CON EL SISTEMA (PARTICIPANTE O PENSIONADO)

Indique si la persona fallecida tenía préstamos vigentes: ☐ Sí ☐ No

Núm. Préstamo Hipotecario:	Núm. Préstamo Personal:	Núm. Préstamo Viaje Cultural:
----------------------------	-------------------------	-------------------------------

SECCIÓN IV: DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nombre	Seguro Social	Nacimiento (Día-Mes-Año)	Parentesco	Tel.	Dirección
Maribel Rabell		11 agosto 1933	hermana		Kings court 77
Mendez					Apto 101
					San Juan PR. 00911
Nombre del Tutor (Si Aplica)	Seguro Social	Nacimiento (Día-Mes-Año)	Parentesco	Tel.	Dirección

Firma del Solicitante:

Fecha (Día-Mes-Año): 3/13/17

Al momento de radicar la Solicitud de Beneficio por Muerte, se deberá incluir todos los documentos requeridos para el proceso de la misma. Al dorso se indican los documentos necesarios para la radicación de la solicitud.

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

Página 1 de 2

ADMINISTRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE RETIRO DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Y LA JUDICATURA

PO Box 42003 San Juan, PR 00940-2203 • Tel 787-777-1500 www.retro.pr.gov